

<記載例>

※2ページ目の様式のみ
ご提出ください。

◆新規指定の場合は
空欄で結構です。

保険薬局コード：

薬局名： ○○薬局

保険医療機関と一体的な経営を行わない

(「保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正
項について(平成8年3月8日付保険発第22号)」第二の一の(三)に係る確認

◆該当する場合は
「○」を記入してください。

	確認事項	チェック欄
ア	保険薬局指定申請を行う薬局の開設者(法人たる薬局の役員を含む。)が近接的な位置関係にある保険医療機関(以下、「当該保険医療機関」という)の開設者(当該保険医療機関の開設者が法人の場合にあっては、当該法人の役員を含む。)又は開設者と同居又は開設者と生計を一にする近親者ではない。	○
イ	保険薬局指定申請を行う薬局の開設者と当該保険医療機関の開設者との間の資本関係が実質的に同一(法人の場合にあっては当該法人の役員が経営するものを含む。)ではない。	○
ウ	職員の勤務体制、医薬品の購入管理、調剤報酬の請求事務、患者の一部負担金の徴収に係る経理事務等が当該保険医療機関と明確に区分されている。	○
エ	当該保険医療機関との間で、いわゆる約束処方、患者誘導等が行われていない。	○

上記について相違ありません

平成 年 月 日

開設者の住所及び氏名

(法人の場合は、主たる事務所の所在地及び名称、代表者の職・氏名)

〒○○○-○○○

◆開設者が個人の場合には、
個人名を記入してください。

福岡県○○市○○町○○○

株式会社 ○○○○

代表取締役 九州 太郎

印

九州厚生局長 殿

[記載上の注意]

1. それぞれの事項について、該当する場合はチェック欄に○を記入し、保険薬局指定申請書に添付すること。
2. 土地建物が自己所有でない場合は、不動産の賃貸借関連書類を併せて提出すること。
3. 保険医療機関と何らかの経済的な関係がある場合には、それに関する書類を併せて提出すること。

保険薬局コード： _____

薬局名： _____

保険医療機関と一体的な経営を行わないことに関する確認

（「保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正等に伴う実施上の留意事項について（平成8年3月8日付保険発第22号）」第二の一の（三）に係る確認事項）

	確認事項	チェック欄
ア	保険薬局指定申請を行う薬局の開設者（法人たる薬局の役員を含む。）が近接的な位置関係にある保険医療機関（以下、「当該保険医療機関」という）の開設者（当該保険医療機関の開設者が法人の場合にあっては、当該法人の役員を含む。）又は開設者と同居又は開設者と生計を一にする近親者ではない。	
イ	保険薬局指定申請を行う薬局の開設者と当該保険医療機関の開設者との間の資本関係が実質的に同一（法人の場合にあっては当該法人の役員が経営するものを含む。）ではない。	
ウ	職員の勤務体制、医薬品の購入管理、調剤報酬の請求事務、患者の一部負担金の徴収に係る経理事務等が当該保険医療機関と明確に区分されている。	
エ	当該保険医療機関との間で、いわゆる約束処方、患者誘導等が行われていない。	

上記について相違ありません

平成 年 月 日

開設者の住所及び氏名

（法人の場合は、主たる事務所の所在地及び名称、代表者の職・氏名）

〒

印

九州厚生局長 殿

〔記載上の注意〕

- それぞれの事項について、該当する場合はチェック欄に○を記入し、保険薬局指定申請書に添付すること。
- 土地建物が自己所有でない場合は、不動産の賃貸借関連書類を併せて提出すること。
- 保険医療機関と何らかの経済的な関係がある場合には、それに関する書類を併せて提出すること。